

ERIC FARGES

Penser la réforme pénitentiaire avec Michel Foucault. Apports et limites à une sociologie politique de la loi du 18 janvier 1994

DEPUIS LES ANNÉES 1970, le nom de Michel Foucault apparaît indissociable du monde carcéral. Chaque personne qui tente d'appréhender la prison de façon historique, qu'elle appartienne au monde scientifique, militant ou professionnel, ne semble pouvoir faire l'économie de *Surveiller et punir*, référence incontournable des écrits sur la prison, au côté notamment d'*Asiles* d'Erving Goffman. On peut pourtant regretter l'usage qui en est parfois fait. Le recours aux travaux de Michel Foucault est en effet souvent accessoire et ne constitue que rarement un élément permettant de nourrir une réflexion sur l'institution pénitentiaire. Aussi, au-delà de la seule référence, voire de la révérence, faite à *Surveiller et punir*, peut-on légitimement interroger le recours à la pensée de Michel Foucault dans le cadre d'un travail de thèse de science politique portant sur une réforme pénitentiaire. C'est à partir de la présentation de la loi du 18 janvier 1994 transformant la médecine carcérale¹ qu'on

1. Eric Farges, « Sociogenèse d'un processus réformateur et transformations de l'action publique. Reforme la médecine pénitentiaire en France de 1945 à nos jours », travail de thèse en cours sous la direction de Gilles Pollet, IEP de Lyon.

pourra recourir aux analyses développées par Michel Foucault sur la réforme pénitentiaire et les utilisations qui en ont été faites².

L'article 2 de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale, instaure une réorganisation complète de l'administration des soins en milieu carcéral. Elle transfère la prise en charge sanitaire des détenus, qui relevait auparavant de l'Administration pénitentiaire, au ministère de la Santé³. Chaque prison réalise un protocole avec un établissement public hospitalier qui s'engage à créer au sein de l'établissement pénitentiaire une Unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA). La nouveauté est cependant moins organisationnelle que financière et statutaire. Concrètement, il n'y a pas de déplacement géographique du lieu de soin. L'objectif proclamé par les pouvoirs publics est avant tout de séparer distinctement les fonctions de soin et de surveillance qui cohabitent au sein de la prison. La loi du 18 janvier 1994 va cependant au-delà de l'organisation des soins. L'article 3, qui stipule que toute personne entrant en prison est automatiquement « immatriculée » à la sécurité sociale française, assure le rattachement du détenu au dispositif de protection des risques dont il était auparavant exclu⁴.

La loi du 18 janvier 1994 a été à l'origine d'une importante littérature professionnelle et institutionnelle qui tend à souligner la portée sans précédent qu'aurait eu la réforme⁵ que certains

2. Je tiens à remercier Sophie Bérout, Eloïse Giraud ainsi que Renaud Payre pour les critiques et les conseils qu'ils m'ont adressés, les erreurs et les maladresses demeurant bien sûr de ma pleine responsabilité.

3. « Le service public hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires », article 2, loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 ; article L. 6112-1 du Code de la Santé publique (texte consultable sur le site : <http://droit.org/>).

4. L'article 3 vient modifier l'article L. 381-30 du Code de la Sécurité Sociale dans les termes suivants : « Les détenus sont affiliés obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général à compter de la date de leur incarcération. »

5. Un rapport d'évaluation établi conjointement par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) ainsi que par l'Inspection générale des services judiciaires (IGSJ) observe ainsi un véritable « changement d'échelle » dans l'organisation des soins en prison. La loi du 18 janvier 1994 traduirait ainsi une nouvelle considération de la profession médicale intervenant en détention : « Le nouveau dispositif a donc eu un effet très sensible sur la professionnalisation de la médecine en prison qui évolue progressivement d'une médecine humanitaire, de l'urgence, à un mode de prise en charge hospitalier. » : Thomas Fatome, Michel Vernerey, Françoise Lalande, Blandine Froment, Martine Valdes-Boulouque, *L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation*, Rapport

qualifient volontiers de « révolution sanitaire⁶ ». Les institutions et les professionnels concernés ne cessent de mettre en avant la rapidité avec laquelle la réforme de 1994 a été votée puis mise en œuvre. Celle-ci s'expliquerait avant tout par des raisons sanitaires : la santé des détenus constituerait un « enjeu de santé public⁷ » qui relèverait de l'ensemble de la société et c'est d'ailleurs à ce titre que les médecins partisans de la réforme entendent légitimer leur rattachement auprès du ministère de la Santé⁸. C'est par un discours très homogène, au sein duquel on peut noter une chronologie invariante, un ensemble de références incontournables⁹ ainsi qu'un savoir épidémiologique venant légitimer la réforme, que les partisans de la loi du 18 janvier 1994, pour la plupart de statut sanitaire, présentent la réforme de la médecine pénitentiaire comme étant une « évidence conceptuelle¹⁰ ». Cette manière de présenter la réforme à partir des seules exigences sanitaires contribue néanmoins à mythifier la loi du 18 janvier 1994 et à en masquer certains aspects, tant dans ses origines que dans ses conséquences. C'est pourquoi on peut tenter de problématiser la réforme

Inspection générale des services judiciaires – Inspection générale des affaires sociales, juin 2001, p. 28.

6. Propos tenus à titre d'exemple par le professeur William Dab, alors Directeur général de la santé, à l'occasion d'un colloque consacré au bilan de la loi du 18 janvier 1994 qui s'est déroulé le 7 décembre 2004 à Paris (« Colloque santé en prison. 10 ans après la loi : quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues »).
7. Titre d'un dossier spécial de *La Revue française des affaires sociales*, n° 1, janvier-mars, 51^e année, 1997.
8. C'est ainsi que le responsable de l'Unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud, se présentant comme étant à l'origine de la réforme de 1994 observe : « On se trouvait confronté à des besoins sanitaires considérables liés au fait, d'une part, à ce que ces personnes, pour la plupart d'entre elles, étaient depuis leur naissance dans une grande négligence des soins, souvent dans des conduites de risque, et, d'autre part, que l'institution elle-même est pathogène. Donc nous avons dit qu'il s'agissait plutôt d'une mission de santé publique et qu'elle était peu compatible avec la dépendance à l'administration pénitentiaire » : entretien réalisé le 18 avril 2003 à l'hôpital Lyon Sud.
9. On pense ici à la publication de certains ouvrages ou rapports publics au début des années 1980 (Daniel Gonin, *La santé incarcérée. Médecine et conditions de vie en détention*, Paris, L'Archipel, 1991 ; Conseil national du sida, *Rapport sur les situations médicales sans absolue confidentialité dans l'univers pénitentiaire*, 12 janvier 1993 ; Haut Comité de la Santé Publique (HCSP), *Santé en milieu carcéral*, ENSP, coll. « Avis et Rapports du HCSP », janvier 1993) et qui sont présentés par les partisans de la réforme comme autant de « bonnes raisons » venant légitimer le transfert de la gestion des soins auprès du ministère de la Santé.
10. Olivier Obrecht, « La réforme des soins en milieu pénitentiaire de 1994 : l'esprit et les pratiques », in Claude Veil, Dominique Lhuillier, *La prison en changement*, Paris, Éres, 2000, p. 231.

de 1994 afin de mettre à jour les autres enjeux autour desquels a pu s'établir la nouvelle organisation des soins.

Il faut toutefois reconsidérer la transformation de la médecine pénitentiaire au regard de l'institution carcérale dans son ensemble pour pouvoir en percevoir la portée et les enjeux. Nous souhaitons donc proposer une analyse de la loi du 18 janvier 1994 en tant que « réforme pénitentiaire », cette dénomination renvoyant à la tentative maintes fois répétée de modifier en profondeur les logiques de fonctionnement de l'institution carcérale¹¹. Bien qu'ayant pour objet direct une nouvelle organisation des soins, la loi du 18 janvier 1994 s'inscrit dans une politique plus large d'humanisation ou de « normalisation » des prisons françaises enclenchée à la suite des révoltes du début des années 1970 et dont Valéry Giscard d'Estaing, alors président de la République, aurait résumé la philosophie en affirmant le 25 juillet 1974 que « la peine, c'est la détention, et donc ce n'est pas plus que la détention¹² ». Le terme de normalisation désigne, comme le souligne Jean-Charles Froment, d'une part, une politique de décroïsonnement de l'Administration pénitentiaire qui s'est traduite par l'ouverture des établissements carcéraux à de nouveaux intervenants (instituteurs, association, etc.) et, d'autre part, l'émergence de l'idée de « droits » des détenus¹³. La loi du 18 janvier 1994 n'est bien sûr pas étrangère à ce processus de transformation de l'institution carcérale puisqu'elle marque l'arrivée d'un nouveau personnel, doté d'un statut hospitalier, en détention mais aussi la reconnaissance d'un droit aux soins, voire à la santé. Le transfert de la gestion des détenus auprès du système de droit commun et leur affiliation auprès de la Sécurité sociale constitueraient une expression manifeste de la mise en œuvre du « principe d'équivalence » selon lequel les détenus bénéficieraient,

11. On pense par exemple à la réforme Amor, du nom de son principal auteur, réalisée en 1944 ou encore à la réforme de 1976. Pour une analyse de la réforme pénitentiaire, on peut se reporter au texte de Monique Seylier, « La banalisation pénitentiaire ou le vœu d'une réforme impossible », *Déviance et société*, vol. 4, n° 2, 1980, p. 131-147.

12. C'est en tous cas ainsi que certains magistrats, tel qu'Alain Blanc, président de cour d'assises, et certains membres de l'Administration pénitentiaire, à l'image de Marc Allaman, directeur de centre pénitentiaire, rendent compte de la loi du 18 janvier 1994 ; cf. leurs contributions respectives au numéro spécial du Haut Comité de la Santé publique, *La documentation française*, « Actualité et dossier en santé publique », n° 44, septembre 2003.

13. Jean-Charles Froment, « Introduction », *Revue française d'administration publique*, n° 99, dossier « Administration et politiques pénitentiaires », juillet-septembre 2002, p. 390-391.

mis à part leur perte de liberté consécutive à l'incarcération, de droits équivalents à n'importe quel autre citoyen¹⁴. Certains soignants spécialistes de la prison, tel qu'Olivier Obrecht, voient même dans la loi du 18 janvier 1994, la « Réforme » susceptible de transformer en profondeur les logiques de l'institution pénitentiaire¹⁵. Considérer que la loi du 18 janvier 1994 est une réforme pénitentiaire revient ainsi à souligner la portée des enjeux qui lui sont liés et qui dépassent la seule organisation des soins. L'analyse de la réforme de la médecine pénitentiaire permet dès lors d'interroger un processus plus large de transformation de l'institution carcérale au sein duquel elle s'inscrit.

La démonstration sera divisée en trois temps. On soulignera, en premier lieu, les conséquences inattendues que la mise en œuvre de la réforme a pu avoir sur le travail quotidien des soignants, et les contradictions auxquelles ils s'exposent, mais aussi de façon plus générale sur la considération de l'institution carcérale et sa possible légitimation. Cette lecture possible de la loi du 18 janvier 1994 rencontre, comme on l'observera dans un second temps, la pensée qu'a développée Michel Foucault au sujet de la réforme pénitentiaire. On tentera d'en souligner les limites, avant de proposer, en dernier lieu, un déplacement de perspective en faveur d'une sociologie de la genèse de la réforme dont on esquissera les premiers résultats.

1. La réforme : instrument de légitimation d'une institution en crise ?

L'ancien dispositif sanitaire en prison a fait l'objet de nombreuses critiques de la part des partisans de la réforme depuis la fin des années 1980¹⁶. Pour ses détracteurs, celui-ci s'apparentait

14. Ce principe fait l'objet d'une large promotion de la part des organisations internationales telles que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ou le Conseil de l'Europe au sujet de l'accès des détenus aux soins comme en attestent les actes d'une conférence internationale coordonnée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé, *Prisons, drogues et société*, Strasbourg, Éd. du Conseil de l'Europe, 2002, p. 64).

15. Praticien hospitalier, Olivier Obrecht est l'ancien chef du service de médecine des maisons d'arrêt de Fleury-Mérogis (O. Obrecht, « La réforme des soins en milieu pénitentiaire de 1994... », art. cité, p. 240).

16. Alain Blanc évoque à ce sujet une « situation de misère » (Alain Blanc, « Santé en prison : la nécessaire poursuite du décroïsonnement », *La documentation française*, « Actualité et dossier en santé publique », septembre 2003, n° 44, p. 46). Le rapport du Haut Comité de la Santé Publique fournit une description de l'ancienne organi-

davantage à une « bobologie » qu'à une prise en charge sanitaire en tant que telle, notamment en raison de son manque de moyens. La loi du 18 janvier 1994 avait comme premier objectif de répondre aux carences de l'ancien dispositif et donc de donner aux détenus accès à des prestations soignantes équivalentes à celle de n'importe quel autre citoyen. L'amélioration sensible de l'offre sanitaire en milieu carcéral n'est cependant pas sans réveiller certaines contradictions. On a pu, au cours d'un travail précédent consacré à la mise en œuvre de la réforme de 1994¹⁷, souligner les ambiguïtés qui entourent la question sanitaire en détention. L'incarcération offrirait la possibilité d'une première prise en charge à des personnes qui sont souvent éloignées du système de santé¹⁸. L'institution carcérale serait par exemple, selon certains soignants, un refuge pour les toxicomanes à qui elle permettrait d'échapper à la drogue :

J'en ai rencontré beaucoup qui, inconsciemment, faisaient un hold-up pour être arrêtés [...] C'est là qu'on s'est rendu compte des bienfaits, entre guillemets, de cette prise en charge car on pouvait démarrer un soin durant le temps carcéral¹⁹.

La détention faciliterait également l'observance de certains traitements lourds tels que les trithérapies, comme l'explique un médecin intervenant en détention :

Je pense qu'ils sont mieux suivis qu'à l'extérieur. Ça c'est sûr. Car tous les gens qui vivent un peu marginalement ne vont pas à leur rendez-vous. Des fois on en voit qui sont réincarcérés six mois

sation des soins assez éloquent (Haut Comité de la Santé Publique (HCSP), *Santé en milieu carcéral*, Paris, ENSP, coll. « Avis et Rapports du HCSP », janvier 1993).

17. La recherche réalisée dans le cadre du DEA de « Politiques publiques et gouvernements comparés » de l'IEP de Lyon consistait en une comparaison des réformes françaises et italiennes de la médecine pénitentiaire à partir des établissements de Lyon et de Rome. Il reposait sur une trentaine d'entretiens réalisés auprès des personnels médicaux et pénitentiaires auxquels on aura recours ici (E. Farges, « La gouvernance de l'ingérable. Quelle politique de santé publique en milieu carcéral ? Analyse du dispositif soignant des prisons de Lyon et perspectives italiennes », mémoire de DEA, sous la direction de Gilles Pollet, IEP-Lyon, 2002-2003, consultable sur le site internet : <http://doc-iep.univ-lyon2.fr>).
18. À titre d'exemple, 40 % des entrants en prison déclarent n'avoir eu aucun contact avec le système de soins dans les 12 mois précédant l'incarcération (DREES, *La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque*, Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1999, vol. 4).
19. Entretien avec une éducatrice de l'Antenne toxicomanie des prisons de Lyon, 22 avril 2003.

ou un an après, et entre-temps ils n'ont rien fait alors qu'on avait pris tous les rendez-vous avec toutes les ordonnances²⁰.

Cette ambiguïté entre détention et santé est très présente dans le discours de soignants qui interviennent en détention. L'ambivalence d'une prison comme lieu simultanément restaurateur et nuisible semble indépassable, comme en atteste les propos de cette psychologue intervenant en unité d'hospitalisation pour détenus :

C'est très complexe parce que parfois par rapport à certains types de personnes, la prison a été l'instrument du recours aux soins [...] La prison peut redonner un cadre à un moment donné et des opportunités par rapport à la santé [...] Donc ça c'est une dimension positive, les dimensions négatives c'est que la prison peut être extrêmement destructrice²¹.

La position des enquêtés est souvent partagée entre la volonté de faire progresser la prise en charge dont bénéficient les détenus et la conscience que cette amélioration renforce la contradiction de la prison en tant que lieu de soin qui n'en est pas un. Le rapport entre santé et prison s'apparente dès lors à une « équation insoluble²² ».

La loi du 18 janvier 1994 semble accentuer cette ambiguïté puisque la prise en charge sanitaire s'étant subitement améliorée, la prison apparaît plus que jamais comme un lieu de soin potentiel. C'est dans ce sens qu'Olivier Obrecht écrit :

La prison n'est cependant pas et ne sera jamais un lieu de soins hospitaliers [...] C'est malheureusement la tentation qui peut exister pour certains délinquants, toxicomanes en particulier, et sans croire que cette dérive est récente, on est forcé de constater que l'amélioration manifeste du niveau des soins offerts (au sens curatif strict du terme) renforce cette tendance paradoxale²³.

La réforme de 1994 aurait accru les contradictions entre santé et détention non seulement par l'amélioration de la prise en charge

20. Entretien avec un médecin généraliste intervenant à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul-St Joseph depuis 1995, 2 février 2003.

21. Entretien avec une psychologue intervenant dans l'unité d'hospitalisation pour détenus incarcérés de l'hôpital Lyon Sud, 27 février 2002.

22. Axel Hoffman, « Santé et prison : une équation insoluble », *Santé conjugée*, n° 22, octobre 2002, p. 105.

23. O. Obrecht, « La réforme des soins en milieu pénitentiaire de 1994... », art. cité, p. 234.

mais également par l'instauration d'une dimension préventive jusqu'alors peu présente. L'enjeu fondamental de la loi du 18 janvier 1994 serait, selon certains de ses promoteurs, le passage d'une conception curative à une conception préventive de l'action sanitaire, désormais orientée vers la libération et la réinsertion du détenu²⁴. C'est pour répondre à cette nouvelle exigence de santé publique que la loi du 18 janvier 1994 inaugure l'introduction d'une logique de prévention en prison par l'intermédiaire des UCSA, chargées de coordonner les actions d'Éducation pour la santé (EPS) menées en faveur des détenus²⁵. Les actions d'EPS traduisent notamment une volonté d'améliorer la vie quotidienne des détenus par le biais de modifications marginales des comportements, en adoptant une alimentation plus équilibrée ou une meilleure hygiène bucco-dentaire par exemple. Les conditions de détention sont cependant souvent mauvaises et peu compatibles avec une démarche censée favoriser une amélioration du quotidien. Dès lors, des problèmes semblent apparaître dans la pratique des professionnels, comme en témoigne un médecin hospitalier très engagé dans le développement de l'EPS en détention :

Par exemple, à un moment on voulait parler des problèmes de dos, mais ils ont des lits tout cassés. Est-ce qu'on peut aller faire une école du dos s'ils dorment dans des lits tout cassés²⁶ ?

Certaines contradictions émergent des difficultés matérielles rencontrées en détention : comment inciter les détenus à rester vigilants par rapport à leur hygiène alors même que de nombreux établissements pénitentiaires sont incapables d'assurer les trois douches par semaine réglementaires ? Quel peut être le rôle d'une

24. Guy Nicolas, Louis Dessaint, Christine Nicolas, « La santé en prison : un enjeu de santé publique », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, janvier-mars, 51^e année, 1997, p. 33-39.

25. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, *Circulaire relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale et guide méthodologique*, 8 décembre 1994. Le guide méthodologique, conçu comme un document de travail à destination des professionnels dans la mise en œuvre de la loi du 18 janvier 1994, vient d'être récemment réactualisé, on peut y consulter les chap. 1-4. « Les actions de prévention » et en particulier chap. 1-4. 3. « L'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'éducation pour la santé » (Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, Ministère de la Justice, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, septembre 2004).

26. Entretien avec un médecin généraliste intervenant à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul-St Joseph depuis 1995, 2 février 2003.

diététicienne quand les repas sont souvent de mauvaise qualité et servis froids ? Comment inciter de façon plus générale l'adoption de comportements protecteurs dans un environnement nocif ? Telles sont les questions auxquelles sont confrontés de nombreux soignants en prison.

La seconde dimension de cette démarche est celle de l'« éducation » qui permettrait de transmettre aux détenus les éléments nécessaires à leur réinsertion. En effet, malgré la terminologie adoptée (« l'éducation *pour* la santé » et non plus comme auparavant « éducation *à* la santé »), l'aspect éducatif conserve une place importante au sein des actions d'EPS qui se résument rarement à une simple transmission d'informations. Les problèmes de santé ne constitueraient qu'une porte d'entrée ou un prétexte pour pouvoir initier une démarche visant à favoriser le développement de la personne. Les groupes de parole en fournissent un exemple. Organisés sur un thème particulier (les maladies infectieuses, le tabac, etc.), ils offrent aux participants l'opportunité d'aborder une pluralité de sujets dans une démarche collective qui va souvent bien au-delà de la santé, comme l'illustrent les propos d'un médecin qui a animé de façon ponctuelle des ateliers sur les risques de transmission du sida :

Le groupe de parole dépassait donc largement le cadre de notre objectif initial. Ça allait bien plus loin que le sida [...] Et l'Éducation à la santé, pour moi, c'est cela. Ce n'est pas de faire de la prévention du sida ou du dépistage du cancer [...] Pour moi, c'est davantage *une éducation à la vie*²⁷.

La tentative d'apporter des réponses médicales à des problèmes sociaux, comme par exemple les difficultés de réinsertion des détenus, donne un éclairage nouveau à la place accordée aux préoccupations sanitaires en détention. L'émergence d'une culture de la prévention comportant une dimension fortement normative ne relève-t-elle pas, comme on en fait l'hypothèse, d'un processus plus large de médicalisation²⁸ non seulement de la détention mais aussi de la peine de prison ? La médicalisation d'un certain nombre de problèmes traduirait, ainsi que le souligne Didier Fassin, l'émergence d'un nouveau

27. Médecin dans une Consultation de dépistage anonyme et gratuite (CDAG) hospitalière ayant animé des groupes de parole en prison, 7 avril 2003.

28. On entend par médicalisation le phénomène se traduisant par « l'extension du domaine médical », *i.e.* l'accroissement des institutions de santé et des personnels

langage du politique à travers sa redéfinition médicale²⁹. La prescription de certains comportements sanitaires et surtout le discours éducatif qui la promeut s'inscrivent dans ce processus de traduction des problèmes sociaux en un langage sanitaire. On assisterait peut-être, de façon plus générale, à l'émergence d'une « peine médicinale³⁰ », également appelée « peine de soin », où l'incarcération serait justifiée en vertu des gains thérapeutiques dont bénéficieraient certains détenus marginalisés. Reconsidérer la détention en termes moins délétères, où l'incarcération offrirait de réelles opportunités de soin aux détenus, peut aboutir à la mise en avant d'une nouvelle représentation de la peine dont la fonction serait tout autant pénale que thérapeutique, renouant ainsi avec le « mythe fondateur de la prison pour peine » qui, selon Claude Faugeron et Jean-Michel Le Boulaire, « permet de transformer le *mal* (l'enfermement de sûreté, toujours soupçonné d'arbitraire) en *bien* (la "bonne peine de prison")³¹. »

La fonction pénale de l'enfermement se serait progressivement effacée depuis les années 1950 derrière les vertus réhabilitatrices de la prison, incarnées tout d'abord par le principe de la réinsertion sociale des détenus que consacre la réforme Amor de 1944³². Ce projet s'est cependant heurté à de nombreux échecs, qui ont contraint l'institution carcérale à rechercher de nouveaux principes de légitimation. Jean-Charles Froment constate ainsi depuis la fin des années 1980 que l'Administration pénitentiaire tente de trouver de nouveaux mythes capables de restaurer la légitimité d'un service public

médicaux et paramédicaux, ainsi que par « l'extension du champ de compétence de la médecine et de tout ce qui s'y rattache » (Pierre Aïach, « Les voies de la médicalisation », in Pierre Aïach et Daniel Delanoë, *L'ère de la médicalisation*, Paris, Economica, 1998, p. 15-36).

29. Didier Fassin, « Les politiques de la médicalisation », in P. Aïach et D. Delanoë, *L'ère de la médicalisation*, *ibid.*, p. 11.
30. Jean-Pierre Delmas-St-Hilaire, « La prison pour quoi faire ? », *Problèmes actuels de science criminelle*, Aix-en-Provence, Presses Universitaires d'Aix-Marseille, 1994, p. 36.
31. Claude Faugeron et Jean-Michel Le Boulaire, « Prisons, peines de prison et ordre public », *Revue française de sociologie*, vol. 33, n° 1, 1992, p. 27.
32. La réforme Amor repose sur l'idée qu'il est possible d'obtenir l'amendement du condamné par sa rééducation morale. Cette tâche de rééducation morale des détenus est principalement confiée aux éducateurs ainsi qu'aux assistantes sociales sur qui repose l'essentiel du dispositif. Cf. Cl. Faugeron et J.-M. Le Boulaire, « La création du service social des prisons et l'évolution de la réforme pénitentiaire de 1945 à 1958 », *Déviance et société*, vol. 12, n° 4, 1988, p. 317-359 ; Cl. Faugeron, « De la Libération à la guerre d'Algérie : l'espoir d'une réforme pénitentiaire » in Jacques-Guy Petit et al., *Histoire des galères, bagnes et prisons (13^e-20^e siècles)*, Toulouse, Éd. Privat, coll. « Bibliothèque historique Privat », 1991, p. 289.

profondément affaibli³³. La problématique de la réinsertion céderait progressivement le pas à une rhétorique de sauvegarde des droits de l'homme et de la dignité humaine. La réforme de la médecine pénitentiaire ne paraît pas étrangère à ce processus de revalorisation de l'institution carcérale. Cela semble d'autant plus plausible au regard du scandale qui a ébranlé l'Administration pénitentiaire en 1992 en matière de gestion des soins suite à l'« affaire du sang contaminé »³⁴.

Même s'il est indéniable que la loi du 18 janvier 1994 qui réforme l'organisation des soins en milieu carcéral répond à certaines exigences sanitaires, il semblerait que les logiques qui en sont à l'origine s'inscrivent plus largement dans la tentative de légitimer une institution en crise. Les contradictions auxquelles sont confrontés les soignants, et notamment la justification médicale d'une incarcération pourtant délétère, en témoignent. Cette réforme sectorielle peut par conséquent être interrogée à un niveau d'analyse plus global qui est celui de l'institution pénitentiaire. La réforme carcérale apparaît comme un instrument ou une catégorie d'action mise à profit par les gouvernants au profit de légitimation, et ainsi de la perpétuation, de l'institution. On rejoint ici la pensée développée par Michel Foucault au sujet de la réforme pénitentiaire dans *Surveiller et punir*, livre consacré à l'étude des configurations modernes de la pénalité.

2. La conception foucauldienne de la réforme carcérale comme instrument de gouvernement

Après avoir replacé la naissance de l'institution carcérale au sein de l'émergence d'une société disciplinaire, Michel Foucault

33. Jean-Charles Froment, *La république des surveillants de prison. Ambiguïtés et paradoxes d'une politique pénitentiaire en France (1958-1998)*, Paris, LGDJ, coll. « Droit et société », 1998, p. 24-25.

34. La temporalité de la réforme semble accréditer cette hypothèse puisque c'est au moment où éclate le scandale des collectes de sang en milieu pénitentiaire, en avril 1992, que s'engage une dynamique de la part de l'Administration pénitentiaire en faveur d'un rapprochement avec le ministère de la Santé comme en témoigne la tenue d'un colloque le 4 avril 1992 conjointement organisé par les deux ministères dont l'intitulé est sans ambiguïté (« Soigner absolument : Pour une médecine sans rupture entre la prison et la ville ») et au cours duquel l'idée d'une réforme de la médecine pénitentiaire est envisagée publiquement pour la première fois par le nouveau directeur de l'Administration pénitentiaire, Jean-Claude Karsenty (Anne Chemin, « Un colloque sur la santé en milieu carcéral. La prison met à mal l'éthique médicale », *Le Monde*, 7 avril 1992).

observe que le constat d'échec de la prison et les griefs qui lui sont habituellement adressés sont consubstantiels à l'institution³⁵. Foucault en donne pour preuve la succession de critiques et de réformes qui parcourt l'histoire de la prison et qui aboutit à la reconduction immuable des mêmes principes : « Depuis un siècle et demi la prison a toujours été donnée comme son propre remède³⁶. » C'est pourquoi la prison, sa critique et sa réforme ne peuvent être conçues comme trois éléments distincts mais doivent à l'inverse être intégrées dans le « système carcéral » dont la solidité dépend autant des dispositifs concrets que des visées réformatrices qui s'y surajoutent. L'efficacité de l'institution pénitentiaire ne devrait dès lors plus être jugée en fonction de sa capacité à réinsérer les détenus mais eu égard à son aptitude à réaménager le champ des illégalismes : « Le prétendu échec ne fait-il pas alors partie du fonctionnement de la prison³⁷ ? » La thèse radicale soutenue par Michel Foucault s'apparente à une condamnation *a priori* de toute réforme pénitentiaire qui assurerait la survie de l'institution, constituant ainsi sa condition de possibilité :

La « réforme » de la prison est à peu près contemporaine de la prison elle-même. Elle en est comme le programme. La prison s'est trouvée dès le début engagée dans une série de mécanismes d'accompagnement, qui doivent en apparence la corriger mais qui semblent faire partie de son fonctionnement même, tant ils ont été liés à son existence tout au long de son histoire [...] Il ne faut pas voir la prison comme une institution inerte que des mouvements de réforme auraient secouée par intervalles. La « théorie de la prison » a été son mode d'emploi constant plutôt que sa critique incidente – *une de ses conditions de fonctionnement*³⁸.

Cette conceptualisation de la réforme en tant que « réforme impossible » ou en tant qu'instrument de gouvernement a connu un retentissement fort, bien qu'inégal, aussi bien sur les représentations de la prison que sur les travaux développés en histoire, en sociologie ou, plus récemment, en science politique. Le fait que la lecture qui est faite des réformes pénitentiaires dans de nombreux travaux de sciences sociales soit proche des analyses de *Surveiller et punir* sans

35. Michel Foucault, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975, Partie IV, chap. 1 et 2, p. 267-342.

36. *Ibid.*, p. 313.

37. *Ibid.*, p. 316.

38. *Ibid.*, p. 271-272. Nous soulignons.

pour autant les rapporter à Michel Foucault peut être interprété comme la marque éventuelle d'une foucaaldiennisation des approches de la prison. L'ouvrage dirigé par Claude Veil et Dominique Lhuilier constitue à cet égard un bon exemple³⁹. En dépit des nombreuses réformes entreprises depuis la fin des années 1970, les auteurs constatent une permanence de l'institution carcérale qui « persisterait dans son essence, dans sa nature, ses finalités⁴⁰ ».

La conception foucauldienne de l'impossible réforme apparaît d'autant plus actuelle qu'elle a été très récemment l'objet d'une réappropriation directe par certains auteurs qui ont tenté d'en apporter un prolongement au regard à la fois des concepts de la science politique et de l'actualité carcérale. Ainsi, dans un article intitulé « Inertie, réformes et reproduction d'un dispositif institutionnel » et publié dans un ouvrage collectif qui s'inscrit dans une perspective théorique très proche de celle de Michel Foucault, Gilles Chantraine, sociologue, développe une pensée de la réforme proche de celle de *Surveiller et punir*. Les réformes et les discours d'indignation au sujet de la prison sont, pour l'auteur, symptomatiques de l'inertie pénitentiaire qui caractérise le temps carcéral. La politique de « normalisation » des conditions de détention, qualifiée par certains de « révolution pénitentiaire », participerait de cette inertie⁴¹. En réaction, Gilles Chantraine invite à observer « la permanence et la reproduction du décalage *intra-/extra-muros* auquel ce développement participe de fait⁴² ». Dans l'introduction de l'ouvrage, la même conception est défendue par Philippe Artières, Pierre Lascoumes et Grégory Salle qui dénoncent une « rhétorique permanente de la réforme » participant au processus de légitimation et de reproduction de l'institution carcérale :

Pour que soit garantie la persistance de la solution carcérale, il est nécessaire que l'institution donne des gages, qu'elle procède à des ajustements concrets, qu'elle puisse attester de certaines améliorations soutenues par des éléments de preuve⁴³.

39. Cl. Veil et D. Lhuilier, *La prison en changement*, Paris, Erès, coll. « Trajets », 2000.

40. Cl. Veil et D. Lhuilier, « Introduction », in Cl. Veil et D. Lhuilier, *La prison en changement*, *ibid.*, p. 20.

41. Gilles Chantraine, « Les temps des prisons. Inertie, réformes et reproduction d'un dispositif institutionnel », in Philippe Artières et Pierre Lascoumes (dir.), *Gouverner, Enfermer. La prison, un modèle indépassable ?*, Paris, Presses de Sciences Po, 2004, p. 70.

42. *Ibid.*, p. 73-74.

43. Philippe Artières, Pierre Lascoumes, Grégory Salle, « Gouverner, enfermer. La prison,

La lecture de la réforme en tant qu'instrument de gouvernement telle qu'elle fut développée par Michel Foucault et poursuivie aujourd'hui de façon explicite ou non par des sociologues et politistes apporte un regard nouveau sur la loi du 18 janvier 1994. Loin de constituer une « révolution pénitentiaire », l'affirmation d'un droit des détenus à jouir de soins équivalents à ceux dont bénéficie n'importe quel autre citoyen ne serait qu'un élément parmi d'autres de la tentative visant « à normaliser un univers sécuritaire, une institution totale⁴⁴ ». L'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus ne serait alors qu'un « supplément d'âme » participant à l'« évacuation de la raison d'être de la prison au profit de sa correction politique quant à ses manières d'être⁴⁵ ». La loi du 18 janvier 1994 s'inscrirait donc pleinement dans « la rhétorique de la réforme » :

En dépit des apparences la décennie 1990 débouche sur de multiples réformes dont la plus emblématique est le rattachement, en 1994, de la médecine pénitentiaire au système de santé général⁴⁶.

Quelques sociologues ont également tenté de saisir la portée de la nouvelle organisation des soins à partir de la conception foucauldienne de l'impossible réforme, aboutissant ainsi à poser la question suivante : la réforme de la médecine pénitentiaire ne traduit-elle pas la reproduction d'une inégalité structurale entre le dedans et le dehors qui participe *in fine* à la légitimation de l'institution⁴⁷ ? Pourtant si cette nouvelle lecture de la réforme de la médecine pénitentiaire apparaît heuristique en ce qu'elle permet de rompre avec le discours événementiel défendu par les professionnels de la prison, elle n'en comporte pas moins certains biais potentiels qu'il s'agit de ne pas sous-estimer.

La lecture foucauldienne de la réforme carcérale tend avant tout à reléguer au second plan, dans l'ordre de l'explication, les logiques professionnelles au profit de la logique institutionnelle. Michel Foucault n'est certes pas insensible, comme il l'a rappelé, à la question

un modèle indépassable », in Ph. Artières et P. Lascoumes (dir.), *Gouverner, Enfermer...*, *ibid.*, p. 47.

44. G. Chantraine, « Les temps des prisons... », art. cité, p. 73.

45. *Ibid.*, p. 74.

46. Ph. Artières, P. Lascoumes, G. Salle, « Gouverner, enfermer... », art. cité, p. 34.

47. C'est par exemple la position que défend Claude Veil dans son analyse des évolutions de la médecine pénitentiaire. (Cl. Veil, « Évolution sur la longue durée du système de soins, motivations et résistances », in Cl. Veil et D. Lhuillier, *La prison en changement*, *op. cit.*, p. 255-275).

des acteurs de la réforme⁴⁸. Le philosophe incite notamment les historiens à développer des « études de sociologie historique » pouvant préciser « ce que furent en elles-mêmes ces tentatives de rationalisation du pouvoir »⁴⁹. Mais pour Michel Foucault, si une sociologie des réformateurs est souhaitable, c'est uniquement dans la mesure où celle-ci demeure subordonnée à une compréhension de la stratégie d'ensemble qui articule les objectifs les plus hétérogènes mais dont la logique d'intégration demeure inconnue :

Imagine-t-on une stratégie [...] qui ne soit pas née de plusieurs idées formulées ou proposées à partir de points de vue ou d'objectifs différents ? [...] Peut-on imaginer une stratégie (militaire, diplomatique, commerciale) qui ne doive sa valeur et ses chances de succès à l'*intégration* d'un certain nombre d'intérêts⁵⁰ ?

La lecture foucauldienne de la réforme carcérale présente ainsi le risque d'aboutir à une sociologie où les acteurs apparaîtraient secondaires et où la réforme n'aurait pour origine que le « système carcéral » lui-même qui fonctionnerait à l'image d'une « stratégie sans stratégies ». On rejoint ici la critique formulée par Jacques Léonard à l'encontre de Michel Foucault lorsqu'il observe dans *Surveiller et punir* un « flottement » du « pouvoir disciplinaire » foucauldien qui semble comme désincarné⁵¹. Cette vision par moments mécaniste du pouvoir contribue à personnaliser le « carcéral » et débouche sur l'idée d'une « machination *savante*, mais obstinément *impersonnelle ou abstraite* ». Mais, comme le remarque Jacques Léonard, « Qu'est ce qu'une stratégie sans généraux ? »

Ce biais potentiel de la lecture que donne Michel Foucault de la réforme pénitentiaire se trouve conforté dans l'utilisation qui en est faite. Simplifiant la pluralité des logiques qui président à l'origine des réformes carcérales, Philippe Artières, Pierre Lascoumes et Grégory Salle tendent à expliquer les réformes pénitentiaires d'envergure à partir du seul volontarisme politique de quelques décideurs. Aussi soulignent-ils que la « réforme carcérale française après la Libération ou la réforme de la médecine pénitentiaire en 1994 par Simone Veil témoignent de ces rares

48. M. Foucault, « La poussière et le nuage », in Michelle Perrot (dir.), *L'impossible prison. Recherches sur le système pénitentiaire au 19^e siècle*, Paris, Seuil, 1980, p. 29-39.

49. *Ibid.*, p. 39.

50. *Ibid.*, p. 36. Nous soulignons.

51. Jacques Léonard, « L'historien et le philosophe », in M. Perrot (dir.), *L'impossible prison...*, *ibid.*, p. 9-28.

moments d'engagement [politique] ⁵² ». S'il est certain que la réforme de la médecine pénitentiaire n'aurait pu aboutir sans l'implication de Bernard Kouchner dans un premier temps, et de Simone Veil par la suite, leur seul volontarisme ne suffit pas à rendre compte des différents facteurs qui ont conduit au succès de la loi du 18 janvier 1994. La réforme italienne de la médecine pénitentiaire votée en 1999 souligne l'insuffisance de ce type d'explication : bien que née d'un engagement politique très important de la ministre de la Santé, Rosy Bindi, il semblerait, comme le travail de terrain mené en Italie a pu en rendre compte ⁵³, que son application reste jusqu'à aujourd'hui lettre morte, en raison de l'opposition des médecins pénitentiaires à leur transfert auprès du ministère de la Santé. La présence (ou l'absence) de médecins favorables à la réforme est apparue comme la variable explicative fondamentale entre les deux cas français et italiens. C'est pourquoi, si les logiques politiques sont essentielles pour comprendre les transformations de la médecine pénitentiaire, la place des acteurs professionnels, mais aussi militants, voire scientifiques, ne peut être éludée.

La moindre prise en compte des acteurs et de leurs raisons d'agir tend à masquer certaines causes des réformes entreprises. Réduire la réforme de la médecine pénitentiaire à la tentative de justifier une institution frappée d'illégitimité conduit à en oublier certains enjeux, professionnels notamment, pouvant rendre compte de sa genèse. Problématiser la réforme de 1994 consisterait dès lors à lui rendre son historicité afin de souligner les luttes dans lesquelles elle s'inscrit, ce qui suppose d'opérer un déplacement du regard sociologique vers la genèse de la loi du 18 janvier 1994.

3. Une sociologie politique et historique des acteurs de la réforme de 1994

La conception de la réforme carcérale comme outil de gouvernement, telle qu'elle a été développée dans *Surveiller et punir*,

52. Ph. Artières, P. Lascoumes, G. Salle, « Gouverner, enfermer. La prison, un modèle indépassable », art. cité, p. 40.

53. La dimension comparative italienne de notre travail repose, outre la lecture de la littérature existante, sur une analyse des prisons de Rome à partir de la conduite d'une douzaine d'entretiens réalisés auprès des principaux responsables sanitaires et pénitentiaires de la médecine carcérale (E. Farges, « La gouvernance de l'ingérable... », *op. cit.*, chap. 2.1 « Réformer la médecine pénitentiaire : une confrontation France-Italie »).

conduit à mettre en avant les effets des réformes entreprises notamment quant à la possible justification de l'institution pénitentiaire. Loin de préjuger du sens des réformes entreprises, on souhaiterait à l'inverse prendre pour objet d'étude les réformes à travers leurs conditions de possibilité. Il s'agit dès lors d'enquêter sur les réformateurs et leurs intérêts propres. On souhaite par là s'inscrire dans le projet d'une sociologie politique de la réforme telle que la propose Philippe Bezès dans son analyse des politiques françaises de réforme de l'administration⁵⁴. À contre-pied des constats d'échec réitérés en ce qui concerne la réforme de l'administration, l'auteur propose de « prendre au sérieux » les intentions proclamées par les acteurs et de comprendre à travers une sociologie des pratiques réformatrices *comment* existe la réforme de l'administration en France :

Penser la réforme (comme on dit penser la révolution) ce n'est pas s'intéresser aux résultats ou aux effets pour diagnostiquer un échec ou une faible réalisation [...] Penser la réforme (pour ne pas en être dupe), c'est, au contraire, comprendre ses activités de transformation en rendant compte de leurs modalités de construction et de leurs identités et de les *expliquer* en les réinscrivant dans la configuration institutionnelle au sein de laquelle elles se développent⁵⁵.

L'auteur propose ainsi le passage de la question des effets de la réforme à celle de ses conditions de possibilité.

On peut à partir de cette nouvelle perspective apporter quelques éléments dans la compréhension de la loi du 18 janvier 1994. Celle-ci répondait de façon manifeste à un ensemble de problèmes sanitaires caractérisés par le terme de « santé publique ». L'étude de l'histoire de la médecine pénitentiaire permet d'apporter un regard nouveau sur l'origine de la réforme de 1994. L'un des invariants du discours des partisans de la loi du 18 janvier 1994 consiste, comme on l'a déjà précisé, en une chronologie des principales réformes du décloisonnement de la médecine pénitentiaire⁵⁶ qui

54. Philippe Bezès, « Gouverner l'administration. Une sociologie des politiques de la réforme administrative en France (1962-1997) », thèse de doctorat de science politique dirigé par Jacques Lagroye, IEP de Paris, 2002.

55. *Ibid.*, p. 28.

56. On peut en rappeler ici les principales étapes. Le décret n° 8477 du 30 janvier 1984 transfère l'inspection des services médicaux et infirmiers des établissements à la compétence de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). En 1985, l'hôpital de Fresnes est transformé en établissement d'hospitalisation publique nationale de Fresnes et son personnel soignant est mis sous l'autorité du ministère de la Santé. Les personnels du secteur psychiatrique sont transférés au secteur public hospitalier

sont présentées comme autant de signes précurseurs d'une loi, celle du 18 janvier 1994, perçue comme résultant d'une prise de conscience de la société face à ses prisons. C'est dans ce sens qu'Olivier Obrecht écrit que « la réforme des soins en milieu pénitentiaire, dont l'aboutissement est constitué par la loi du 18 janvier 1994, est le fruit d'une longue maturation, parallèle à la prise de conscience progressive de la société face aux conditions carcérales⁵⁷. » Les acteurs de la réforme semblent presque avoir disparu dans l'histoire qui est faite de la médecine pénitentiaire, comme si les luttes qui l'avaient marquée étaient tombées dans l'oubli. Alain Blanc, l'un des rares à en faire mention, écrit d'ailleurs :

On le sait – ou bien on l'a oublié –, c'est une intersyndicale de travailleurs sociaux, de médecins, de psychiatres, d'infirmiers, de magistrats et d'enseignants, avec quelques bénévoles militants, regroupés dans la Coordination syndicale pénale qui, dès 1980, avait posé les principes de ce décroisement [...] ⁵⁸.

Ce haut magistrat fait ici référence à une mobilisation bien antérieure à la réforme elle-même et dont nous avons eu connaissance au cours d'un entretien avec le responsable du service de médecine pénitentiaire de Lyon. Selon lui, un groupe de médecins criminologues lyonnais aurait notamment été à l'origine d'une forte mobilisation en faveur d'une médecine indépendante de l'Administration pénitentiaire qui aurait débouché sur un premier projet de loi en 1982 :

En 1982, on avait fait remonter au Garde des sceaux de l'époque un projet dans lequel on disait qu'il fallait transférer la mission de soin aux hôpitaux publics et créer des unités

en 1986 avec la création des Services médicaux psychologiques régionaux (SMPR). Enfin, il est d'usage de se référer au rôle d'accélérateur que le sida a joué dans le décroisement de la médecine pénitentiaire avec en avril 1989, la signature de conventions entre huit établissements pénitentiaires et sept Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH) afin que des dépistages anonymes et gratuits du sida soient proposés aux détenus. Ces conventions marquèrent les premières interventions de praticiens hospitaliers en milieu carcéral.

57. O. Obrecht, « Accès aux soins des personnes détenues : du droit à la pratique », *La documentation française*, « Actualité et dossier en santé publique », septembre 2003, n° 44, p. 44.

58. A. Blanc, « Santé en prison : la nécessaire poursuite du décroisement », art. cité, p. 46.

d'hospitalisation, à l'intérieur des hôpitaux, réservées aux personnes détenues. Alors seule la deuxième partie de la proposition a été retenue⁵⁹.

Cette dernière information permet d'apporter un regard nouveau sur la loi du 18 janvier 1994. Celle-ci ne serait pas seulement la réforme d'un dispositif sanitaire en crise mais également, comme on en fait l'hypothèse, la réforme d'une profession souffrant d'un manque de légitimité. Retracer la genèse de la loi de 1994 ne réclame pas seulement de remonter aux premières mesures de décroïsonnement de la santé en prison, amorcées au début des années 1980, mais aussi d'opérer un retour sur l'histoire de la médecine pénitentiaire et notamment des crises qui l'ont affectée. Les luttes pour la reconnaissance d'une spécialité médicale à part entière sont en effet indissociables des nombreux scandales qui ont jalonné l'histoire de la médecine de prison et dont on peut évoquer ici quelques aspects.

Une analyse de presse⁶⁰ permet de constater que c'est au cours des années 1970 que le corps médical apparaît pour la première fois comme un personnel à part entière de l'institution carcérale. Tandis que jusqu'alors la presse ne faisait presque jamais référence aux médecins de prison, on assiste à la prise de parole de certains soignants dans un contexte de forte remise en cause de l'Administration pénitentiaire. C'est par exemple le cas de Charles Dayant, auteur d'un ouvrage sur les conditions de détention⁶¹, qui interpelle le ministre de la Justice en décembre 1972 en tant qu'« ancien médecin à la Santé⁶² ». La prise de position la plus spectaculaire à cette époque est sans nul doute celle d'Edith Rose, médecin psychiatre à la centrale Ney, qui fut à l'origine d'un témoignage accablant à l'encontre de l'Administration pénitentiaire après les

59. Entretien déjà cité avec le responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

60. On peut indiquer ici brièvement le protocole d'enquête de notre travail de thèse. Aucun ouvrage n'étant consacré à l'histoire de la médecine pénitentiaire depuis la Seconde Guerre mondiale, les articles de presse constituent une source de première main fondamentale. Après avoir analysé les dossiers de presse de la FNSP consacrés à l'Administration pénitentiaire depuis 1944, on pourra recourir à d'autres types de sources telles que les revues spécialisées en sciences criminelles mais également certaines archives du ministère de la Justice. Des entretiens semi-directifs permettront enfin d'enquêter sur la période la plus récente (années 1980 et 1990).

61. Charles Dayant, *J'étais médecin à la santé*, Paris, Presses de la cité, 1972.

62. Ch. Dayant, « Lettre ouverte à René Pleven », *Le Nouvel Observateur*, 6 décembre 1971.

mutineries qui ébranlèrent l'établissement de Toul entre le 5 et le 13 décembre 1971. Le témoignage de Madame Rose bénéficia d'une large couverture médiatique : on en trouve de larges extraits dans *La Cause du peuple*⁶³, *Le Monde*⁶⁴, *Combat*⁶⁵ ou *Le Nouvel Observateur*⁶⁶. L'intervention d'Edith Rose est présentée à chaque reprise comme un geste de résistance face à la puissance de l'Administration pénitentiaire. C'est en tant que « personne étrangère à l'administration » qu'on salue la prise de position du médecin en faveur des détenus⁶⁷. C'est néanmoins l'héroïsme de la personne qui prime, d'autant plus qu'on lui oppose la compromission du médecin généraliste de l'établissement qui aurait prescrit de façon abusive le recours à la camisole de force⁶⁸.

On comprend que le début des années 1970 marqué par une profonde remise en cause de l'Administration pénitentiaire n'a pas laissé à l'écart de la critique le rôle que les médecins occupent en détention. La presse prend à partie les médecins intervenant en prison comme les complices, parfois involontaires, d'un drame collectif. C'est dans ce sens qu'on peut lire dans un article de *L'Express* consacré spécifiquement aux médecins de prison :

Les 240 médecins de la Pénitenciaire sont mal à l'aise. Et ils ont mauvaise conscience. Ils savaient à peu près tout, car ils sont les seuls à recevoir les confidences des détenus. Ils n'ont rien dit [...] Qu'ont fait ces médecins ? Ils ont gardé leur secret⁶⁹.

Face à ce silence jugé coupable, certains journalistes opposent le rôle de témoin que peut jouer les médecins qui interviennent en détention. Hubert Barthélémy écrit ainsi dans *Témoignage chrétien* que « le docteur Rose, comme beaucoup d'autres médecins, n'est plus décidée à se taire⁷⁰ ». Le public prend alors conscience pour

63. « Toul, la voix des insurgés se fera entendre dans toute la France », supplément spécial à *La cause du peuple – J'accuse*, 18 décembre 1971.

64. « Après les mutineries de Toul », *Le Monde*, 19-20 décembre 1971 ; « Je somme tous ceux qui me liront, je les prie de ne pas rester indifférents... de s'engager », *Le Monde*, 26-27 décembre 1971.

65. « Toul : le témoignage du médecin psychiatre », *Combat*, 21 décembre 1971.

66. « Je puis affirmer... », *Le Nouvel Observateur*, 27 décembre 1971.

67. Katia-D. Kaupp, « Le "malentendu" de Toul », *Le Nouvel Observateur*, 20 décembre 1971.

68. Danièle Molho, « Toul : l'école du désespoir », *L'Express*, 20-26 décembre 1971.

69. J.-V. Manvey, « Prisons. Les médecins témoignent », *L'Express*, 24-30 janvier 1972.

70. Hubert Barthélémy, « Après la mutinerie de Toul. Les prisons en accusation », *Témoignage chrétien*, 13 janvier 1972.

la première fois du rôle imparti aux médecins de prison et les faibles moyens qui leur sont attribués :

Mal payés – de 12 à 40 Francs l’heure – ils sont reliés de loin à un inspecteur général qui est seul pour tout inspecter. Ils sont assistés de soixante-dix infirmières plus ou moins fictives⁷¹.

C’est probablement pour répondre aux critiques formulées à l’encontre de la profession médicale intervenant en prison⁷² que Georges Fully, Inspecteur général de l’Administration pénitentiaire, et d’autres médecins qui exercent en prison remettent au Garde des sceaux en décembre 1972 une motion rappelant leur indépendance professionnelle et leur volonté de respecter la déontologie⁷³. L’attachement du corps des médecins de prison à l’éthique médicale prendra par la suite la forme d’un serment professionnel inauguré à Athènes le 10 septembre 1979, à l’initiative de Solange Troisier qui remplaça Georges Fully en 1973⁷⁴. L’adoption de ce principe fut là encore un moyen de faire face à certaines critiques, émanant notamment du Conseil de l’Ordre qui, pour répondre à diverses dérives déontologiques, a inscrit pour la première fois en juin 1979 un article visant spécifiquement l’exercice de la médecine en milieu carcéral⁷⁵. Bien qu’affirmant des principes apparemment proches – la nécessité de porter secours à un détenu dans le respect du secret médical – ces deux déclarations défendent néanmoins deux conceptions antagonistes de la profession médicale en prison. Tandis que certains

71. J.-V. Manvey, « Prisons. Les médecins témoignent », art. cité.

72. La remise en cause du rôle des médecins en détention n’est pas seulement le fait d’activistes politiques mais elle vient également de certains soignants eux-mêmes très critique vis-à-vis de l’organisation des soins. C’est ainsi que trois internes de la prison de la Santé démissionnent de leur fonction en raison de « l’impossibilité d’exercer leur métier » (Françoise Berger, « Démissionnaires, trois médecins de la prison de la Santé s’expliquent : “Sur le plan médical, notre rôle équivaut à zéro” », *Le Figaro*, 30 novembre 1972).

73. Cette motion a clôturé les Journées européennes de médecine pénitentiaire qui eurent lieu les 1^{er} et 2 décembre 1972 à Strasbourg. Les médecins ont réaffirmé au cours des débats leur souci d’appliquer aux détenus la « déontologie du monde libre ». Il a également été question, comme le précise un journaliste, de la distance croissante entre les médecines pénitentiaire et hospitalières : « Les médecins ont aussi proposé le décloisonnement des systèmes sanitaires et pénitentiaires en vue de leur ouverture aux structures hospitalières, dans le sens d’une intégration réciproque » (Jean-Claude Hahn, « Réunis à Strasbourg, les médecins de prison veulent appliquer la “déontologie du monde libre” aux détenus », *Le Monde*, 5 décembre 1972).

74. Solange Troisier, « Médecine pénitentiaire et droits de l’homme », *Bulletin de l’Académie Nationale de Médecine*, t. 177, juin 1993, p. 1004.

75. Article 8 du *Code de Déontologie Médicale*, décret n° 79-506 du 28 juin 1979.

médecins proches de l'Administration pénitentiaire, dont notamment Georges Fully et Solange Troisier, défendaient une conception du médecin comme « auxiliaire de justice » et revendiquaient l'existence d'une « médecine pénitentiaire » à laquelle correspondrait une déontologie spécifique, d'autres arguaient d'une « médecine *en milieu* pénitentiaire », relevant des principes généraux de la pratique médicale, dont la loi du 18 janvier 1994 marque la reconnaissance.

On comprend donc qu'au-delà des logiques institutionnelles dénoncées par Foucault et de façon bien antérieure à la mobilisation du politique, la réforme de la médecine pénitentiaire doit, pour pouvoir être comprise, être replacée dans le cadre des luttes, professionnelles notamment, qui lui sont liées. Reprenant la question posée initialement (Pourquoi faire référence à Michel Foucault dans le cadre d'un travail de thèse portant sur une réforme pénitentiaire ?), on peut dès lors souligner que si la référence à Michel Foucault apparaît importante en tant que penseur, elle est nécessaire en tant qu'acteur du monde carcéral. Il apparaît en effet difficile de comprendre la crise qu'a traversée l'institution pénitentiaire sans se référer au militantisme de Michel Foucault au sein du Groupe d'Information sur les Prisons (GIP) dont il a été à l'origine en février 1971⁷⁶. La portée du lien existant entre cette remise en cause de la prison, mais surtout des professionnels y intervenant, et la mobilisation en faveur d'une médecine décloisonnée sera l'un des enjeux de ce travail de thèse.

En guise de conclusion

Rendre compte de la genèse d'une réforme requiert de ne pas réduire l'analyse à un seul type d'explication. La justification de la loi du 18 janvier 1994 à partir des seules exigences sanitaires, comme tend à le laisser croire la récurrence du terme de « santé publique », apparaît largement insuffisante pour retracer les évolutions complexes qu'a connu la médecine pénitentiaire depuis les années 1970. La considération du point de vue de l'institution carcérale et du rôle qu'occupent les réformes dans la légitimation de celle-ci, comme le propose Michel Foucault dans

76. Pour de plus amples informations sur la constitution et l'action du GIP on se reportera à Ph. Artières (dir.), *Le groupe d'information sur les prisons : archives d'une lutte 1971-1972*, Paris, IMEC, 2002.

Surveiller et punir, permet d'adopter un regard plus critique et de rompre avec la nouveauté qu'incarnerait chaque réforme. La conception foucaldienne de la réforme comme instrument de gouvernement présente néanmoins le risque de reléguer au second plan les luttes professionnelles, et les enjeux qui leur sont rattachés, et d'aboutir à une sociologie désincarnée. C'est pourquoi, sans pour autant négliger les contraintes qu'exerce l'institution sur les acteurs, on propose de mettre l'accent sur l'importance des conflits, des luttes et des ententes qui ont marqué les transformations de la médecine pénitentiaire depuis les années 1970. Opérer la genèse de la loi du 18 janvier 1994 nécessite de procéder à une analyse minutieuse des principaux protagonistes du secteur étudié. Il est néanmoins important de souligner que, outre des médecins pénitentiaires désireux d'acquérir une certaine reconnaissance professionnelle, les acteurs de la réforme sont issus d'une pluralité de « mondes⁷⁷ » très hétérogènes : travailleurs sociaux, criminologues, spécialistes du sida, associations, défenseurs des droits de l'homme, organisations internationales, etc. C'est de leur regroupement circonstanciel autour d'une catégorie et d'un langage commun, la santé publique, que la loi du 18 janvier 1994 serait née.

Enfin, retracer la genèse de la réforme de la médecine pénitentiaire est également un moyen pour historiciser un secteur qui semble aujourd'hui frappé d'amnésie⁷⁸ et rétablir la continuité entre l'engagement de quelques médecins au cours des années 1970

77. On emprunte cette notion au travail de thèse de Renaud Payre où il propose de retracer les aléas d'un projet de science de gouvernement, un possible non institutionnalisé, à partir de l'analyse de ses « mondes de la réforme ». Empruntée à Howard Becker dans ses travaux sur les mondes de l'art, elle lui permet de regrouper sous un même vocable un « ensemble d'interactions entre, et à l'intérieur, des institutions orientées à la fois vers la circulation d'innovations, de savoir-faire propres à l'organisation municipale et vers la réforme de celle-ci » (Renaud Payre, « À la recherche de la "science communale". Les "mondes" de la réforme municipale dans la France de la première moitié du vingtième siècle », thèse de science politique sous la direction d'Olivier Ihl, IEP de Grenoble, décembre 2002, p. 686).

78. Une des formes les plus éloquentes de cette amnésie est probablement l'intervention de Guy Nicolas, ancien vice-président du Haut Comité de la Santé Publique, qui fut l'un des instigateurs de la réforme et qui affirma au sujet de la « genèse de la réforme » (titre de son intervention), que « tout s'est passé en 1992 », se référant par là à la saisine du HCSP par le ministre de la Santé, Bernard Kouchner, avant de conclure que « contrairement à ce qu'il est dit, une révolution peut se dérouler en quelques mois » (propos tenus lors du colloque « Santé en prison. 10 ans après la loi : quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues » qui s'est déroulé le 7 décembre 2004 à Paris).

et la mobilisation collective à l'origine de la loi de 1994. C'est en effet une position éthique commune qui anima aussi bien le docteur Rose dans sa condamnation de l'Administration pénitentiaire en 1971 que les membres du Haut Comité à la Santé Publique en 1993, ou encore de façon plus récente le docteur Vasseur à la prison de la Santé⁷⁹. Au-delà de la prétention à défendre certaines valeurs jugées universelles, il s'agit là d'un refus de certains actes singuliers pratiqués dans quelques établissements pénitentiaires. Ce n'est pas un hasard si Michel Foucault est celui qui accorda peut-être le plus d'importance aux déclarations du docteur Rose, en qui il a décrit par la suite un exemple d'« intellectuel spécifique ». Pour lui, si le « discours de Toul » marque « un événement si important dans l'histoire de l'institution pénitentiaire et psychiatrique » ce n'est pas tant par les problèmes qu'il dénonce que par la façon dont cela a été fait, non pas de façon floue et imprécise mais à partir d'un récit singulier où Mme Rose met au premier plan son expérience de la prison :

Elle ne dit pas : la contention est une vieille habitude qui relève à la fois de la prison et de l'asile ; le personnel pénitentiaire n'a pas su s'en débarrasser [...] Elle ne s'en prend pas aux structures, à leur misère. Elle dit : « Tel jour, à tel endroit, j'étais là et j'ai vu ; à tel moment Untel m'a dit... et je l'ai entendu ; j'ai fait telle demande ; voici ce qui me fut répondu par le directeur, et j'en porte témoignage sous la foi du serment » [...] Dans les simples faits qu'elle expose, qu'est ce qui se dissimule – ou plutôt qui éclate ? La malhonnêteté d'Untel ? Les irrégularités d'un autre ? À peine. Mais la violence des rapports de pouvoir⁸⁰. ♦

Eric Farges est doctorant en science politique auprès du laboratoire ENS-LSH Triangle (Université Lyon 2) et attaché temporaire d'enseignement et de recherche (ATER) auprès de l'Institut d'Etudes Politiques de Lyon. Ses recherches portent principalement sur la sociologie politique d'un processus de réforme et sur la sociologie de la déviance et du contrôle social. Il a publié au printemps 2006 un article sur « La sanitarisation du social : les professionnels et l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire » dans la revue *Lien social et politique*. Il est également l'auteur d'une

79. Véronique Vasseur, *Médecin-chef à la prison de la Santé*, Paris, Le Cherche midi, 2000, p. 217.

80. M. Foucault, « Le discours de Toul », *Le Nouvel Observateur*, 27 décembre 1971.

analyse de la pensée de Charles Lindblom : « *Inquiry and change* ou l'aspiration d'une démocratie fondée sur l'enquête », *Politiques et management public*, à paraître.

RÉSUMÉ

Penser la réforme pénitentiaire avec Michel Foucault. Apports et limites à une sociologie politique de la loi du 18 janvier 1994

À l'encontre d'une représentation trop événementielle de la réforme carcérale, Michel Foucault développa dans *Surveiller et punir* une conception de la réforme comme stratégie de légitimation de l'institution pénitentiaire. On propose d'analyser dans quelle mesure la conception foucauldienne de la réforme carcérale comme instrument de gouvernement est heuristique dans la compréhension de la loi du 18 janvier 1994 réorganisant la gestion des soins en prison. Il apparaît que si la considération du point de vue de l'institution carcérale permet d'adopter un regard plus critique, elle présente néanmoins le risque de reléguer au second plan les luttes professionnelles et d'aboutir ainsi à une sociologie désincarnée. Problématiser la réforme du 18 janvier 1994 requiert dès lors de lui rendre son historicité et d'opérer, pour cela, un déplacement du regard sociologique de la question des effets de la réforme à celle de ses conditions de possibilité.

Reflections on Prison Reform with Michel Foucault : Contributions and limitations of a political sociology based on the 1994 French penitentiary reform

*In the face of an over-hyped reform of the French prison system, Michel Foucault elaborated in *Discipline and Punish* a conception of the reform as a strategy to legitimize the penitentiary as such. To what extent is Foucault's view of the reform as a government tool heuristic in its perception of the 18 January 1994 law to reorganize prison management ? It would seem that although focusing on the institution of prisons as such enables Foucault to adopt a more critical view, it runs the risk of relegating professional struggles to a matter of secondary importance – and producing a disembodied sociology. So if we wish to study the 1994 reform, we need to give it back its historicity and, to that end, shift the sociological focus from the effects of the reform to the conditions that made it possible in the first place.*

